2e Série.
N° 537.

DE

LA CHÉILOPLASTIE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE JEUDI 20 DÉCEMBRE 1860, A TROIS HEURES,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST FACHAN

Né à Trie (Hautes-Pyrénées)

Bachelier ès-lettres et ès-sciences ; élève du service de santé militaire.

STRASBOURG

IMPRIMERIE D'AD. CHRISTOPHE, GRAND'RUE, 136.

1860.



MEIS ET AMICIS.

E. FACHAN.

Faculté de Médecine de Strasbourg.

PROFESSEURS.

MM. Ehrmann, ✻ Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.
Fée O✻. . . Botanique et histoire naturelle médicale.
Stoltz ✻ . . Accouchements et clinique d'accouchements.
Forget ✻ . . Pathologie et clinique médicales.
Cailliot ✻ . . Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux . . . Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes ✻ . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
Sédillot O✻ . } Pathologie et clinique chirurgicales.
Rigaud ✻. . }
Schützenberger ✻ Pathologie et clinique médicales.
Stoeber ✻ . . Pathologie et thérapeutique générales et clinique ophthalmologique.
Küss . . . . Physiologie. } Clinique des maladies
Michel . . . Médecine opératoire. } syphilitiques.
L. Coze . . . Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie (clinique des maladies chroniques).

M. R. Coze O✻, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Aronssohn ✻.
Bach.
Strohl.
Hirtz.
Held.

MM. Kirschleger.
Wieger.
Dagonet.
Herrgott.

MM. Koeberlé.
Morel.
Hecht.
Boeckel (E.).

AGRÉGÉS STAGIAIRES :

MM. Spielmann. Aubenas, Engel, P. Schützenberger.

M. Dubois, secrétaire agent-comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. Michel, président;
Cailliot;
Held;
Kirschleger.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DE

LA CHÉILOPLASTIE.

On sait que la chéiloplastie se propose de corriger les difformités des lèvres et de les ramener autant que possible au type normal, toutes les fois qu'une cause quelconque vient à les écarter de ce type. Tantôt c'est à un vice congénital, à un arrêt de développement, que se rattachent ces difformités; alors on a affaire soit à un bec-de-lièvre, soit à une atrésie buccale. Tantôt c'est à une de ces nombreuses affections auxquelles les lèvres semblent particulièrement prédisposées par leur nature complexe et leur extrême richesse vasculaire et nerveuse, que se rapportent les divers désordres que l'on remarque ; dans ce cas, les tissus ont été détériorés soit par un cancer, soit par un ulcère syphilitique, soit par la dartre rongeante, soit enfin par certaines maladies gangréneuses, telles que le noma, la pustule maligne. Enfin il est un troisième ordre de causes, qui exposent les lèvres à de graves altérations, et qui peuvent réclamer les secours de la chéiloplastie: ce sont les brûlures, les plaies d'armes à feu, les diverses affections des os avec lesquels les lèvres sont en rapport.

Des causes diverses et nombreuses exposant donc les lèvres à une destruction plus ou moins complète, ces organes étant d'une importance majeure dans les fonctions de la mastication et de l'insalivation, dans l'exercice de la parole, dans le jeu de la physionomie, à laquelle l'absence de ces voiles mobiles donne quelque chose de hideux et de sauvage, l'homme dut rechercher de bonne heure à remédier à ces divers inconvénients, et à pallier autant que possible un mal qu'il avait été dans l'impuissance d'arrêter. Aussi l'origine de la chéiloplastie se perd-elle dans la nuit des temps. Cependant comme cet art n'est autre chose que l'application des principes autoplastiques à la restauration des lèvres, et que ces principes paraissent avoir pris naissance dans l'Inde, il nous semble naturel de rapporter aux Indous l'honneur de la découverte. Rome, elle aussi, connut l'autoplastie; Celse et Galien en parlent dans leurs ouvrages. Mais la méthode romaine était différente de celle des Indoux; les chirurgiens romains mobilisaient le tégument externe et comblaient ainsi le vide laissé par les pertes de substance. On ne saurait affirmer cependant qu'ils n'aient eu connaissance de la méthode indienne, vu les relations nombreuses qui relièrent d'abord l'extrême Orient à la Grèce et plus tard à l'Italie, vu les nombreux points de ressemblance qui existent entre les deux procédés. Dans le moyen âge l'autoplastie eut le sort de tous les arts utiles; elle se perdit au milieu des désordres qui accompagnèrent la formation des sociétés nouvelles. Toutefois ces mêmes besoins qui avaient fait naître l'autoplastie en Orient, la firent renaître en Italie. On sait, en effet, que l'on avait coutume dans cette dernière contrée de mutiler les criminels, de leur couper soit le nez, soit les oreilles, soit les lèvres. L'Italie vit donc reparaître l'autoplastie. On arrivait au même but, mais le procédé était différent; la méthode italienne était établie. Le nouvel art eut cependant pas mal de peine encore à se faire admettre dans les écoles, partageant en cela le sort des grandes découvertes. Longtemps on traita de fables et de plaisanteries des cures très-véridiques, rapportées par des hommes fort respectables;

longtemps on s'amusa du fait de Garengeot. Cependant les observations devenant tous les jours plus nombreuses, et ces observations se trouvant empreintes du cachet de la vérité, force fut de se rendre. Quelques-uns seulement nièrent encore la possibilité de l'autoplastie, le plus grand nombre se contenta de douter de sa puissance. Une telle disposition des esprits était peu favorable au progrès. Aussi le xviie et le xviiie siècle ne firent-ils que bien peu de chose pour l'autoplastie, et cette partie de la chirurgie resta à peu près stationnaire, tandis que les autres branches avançaient à grands pas. Mais le xixe siècle, fort des connaissances anatomiques qui avaient été amassées par ses prédécesseurs, éclairé par les progrès des sciences physiologiques, entra dans une voie plus hardie et proclama les principes autoplastiques. Les procédés se sont rapidement multipliés à l'infini, et de nos jours, il est arrivé que l'autoplastie est devenue une branche importante de la science, et une des plus belles conquêtes de l'époque.

Si on jette un coup d'œil sur les diverses méthodes autoplastiques, on remarquera que ce sont les plus anciennes qui sont les plus simples, les plus parfaites, les plus conformes aux principes de la saine chirurgie. La méthode italienne semble ne pas tenir compte de la différence de vitalité qui existe entre les divers tissus de l'économie. Cependant la peau qui, pour l'anatomiste, est à peu près toujours la même, quelle que soit la région qu'elle habite, varie beaucoup avec ces régions pour le chirurgien. Un lambeau cutané, pris sur la face, pour réparer une perte de substance de cette dernière partie, est bien préférable à toute autre portion du tégument externe, que l'on irait chercher sur un point plus ou moins éloigné du corps. La méthode italienne est gênante pour le malade et l'opérateur; pour le premier, en ce qu'il est astreint pendant longtemps à garder une position pénible, pour le second, en ce qu'il est forcé d'appliquer un bandage plus ou moins compliqué qui se dérange toujours facilement; de plus, elle traîne en longueur. Car on ne peut d'un coup et sans préparation préalable transporter le lambeau

sur des parties éloignées. Il veut être habitué peu à peu à son nouveau genre d'existence, et si l'on ne prend ses précautions, on risque de le voir mourir, dès qu'il est transplanté. Enfin la méthode italienne est moins sûre et compte moins de succès. Toutefois il est des cas rares et exceptionnels, dans lesquels elle pourra être employée avec avantage.

Les procédés pour la restauration des lèvres sont nombreux. Le plus simple est celui de Horn. Il consiste à circonscrire l'altération entre deux incisions qui représenteront un V. On rapproche les deux lèvres de la plaie, si la chose est possible, et on applique quelques points de suture. Si le rapprochement ne peut se faire, on dissèque les tissus environnants en se dirigeant sur la pointe du V, et alors la peau séparée des liens cellulo-fibreux qui l'unissaient aux parties sous-jacentes se mobilise, s'allonge et comble le vide laissé par la perte de substance. Si, malgré cette manœuvre, les lèvres de la plaie ne pouvaient être amenées au contact, on pourrait, à l'exemple de Guillemeau et de Thévenin, pratiquer des incisions latérales. Ces incisions ont pour but de rendre les téguments plus mobiles encore, et de s'opposer au tiraillement des tissus. M. Jobert (de Lamballe) et M. Sédillot, qui ont eu l'occasion de les pratiquer, l'ont fait avec avantage et s'en louent grandement. Comme on le voit, Horn mobilisait les tissus dans le sens latéral, et formait la nouvelle lèvre aux dépens des joues. Chopart, au contraire, déplaça les tissus dans le sens vertical et fut chercher les éléments du nouvel organe dans la région sous-hyoïdienne. Il comprit l'altération entre deux incisions verticales et parallèles, partant d'un point plus ou moins rapproché des commissures et descendant plus ou moins bas sur l'os hyoïde. Il pratiqua une troisième incision parallèle au bord libre des lèvres, et enleva les parties malades comprises dans le carré. Cela fait, il disséqua la languette cernée par les incisions verticales, sur une étendue proportionnelle à la grandeur de la lésion, remonta le lambeau vers l'arcade dentaire, en assujettissant les angles aux commissures et les bords aux incisions adjacentes.

Ce procédé de Chopart a été appliqué plusieurs fois avec beaucoup

de bonheur par Roux, de St.-Maximin ; mais ce dernier médecin, agissant avec une sage hardiesse, a développé le procédé de son devancier, l'a étendu, l'a fait grandir et lui a ouvert de nouveaux horizons.

Nous lisons en effet dans le mémoire qu'il a publié : qu'un nommé L. H..., âgé de 67 ans, était atteint d'un cancer ulcéré qui s'étendait de la commissure gauche à la partie moyenne de la joue droite. Le menton était lui-même attaqué ; le dixième seulement de la lèvre à droite était sain. On pratiqua une première incision se dirigeant de la commissure gauche vers le milieu de la joue et contournant les parties malades dans une étendue de quatre centimètres. Une seconde incision fut commencée en ce point et conduite jusqu'au milieu du menton. La troisième, partie du menton, contournait le cancer à droite, en respectant toutefois la petite portion de lèvre saine. Les parties cancéreuses comprises entre ces trois lignes ayant été enlevées, on eut une plaie immense dont il était impossible de rapprocher les bords. Alors on prolongea obliquement à droite, vers la région sous-hyoïdienne, l'incision qui s'était arrêtée au milieu du menton, et l'on pratiqua sur la joue droite une incision oblique, qui, partant du point le plus élevé de la courbe qui circonscrivait le cancer à droite, venait aboutir un peu en dedans du point où la faciale contourne le maxillaire inférieur. Les tissus compris entre les incisions obliques furent disséqués et ainsi mobilisés. L'angle gauche de ce vaste lambeau fut mis en contact avec les surfaces saignantes de la joue correspondante, et son angle droit vint s'appliquer vers le niveau de la commissure de ce côté, à la petite portion de lèvre restée saine, ainsi qu'aux tissus adjacents.

Nous lisons encore : qu'un certain V..., âgé de 55 ans, portait déjà depuis fort longtemps un cancer de la lèvre inférieure. La partie supérieure du menton était envahie ; la joue gauche l'était aussi, dans une étendue de cinq centimètres et demi, sur le prolongement de la lèvre supérieure. En ce point le cancer se présentait sous la forme de deux tumeurs arrondies. La commissure droite et une petite portion de la

joue avaient également subi la dégénérescence cancéreuse, et l'on remarquait sur ces parties une tumeur de forme sphérique. On pratiqua une première incision elliptique à peu près horizontale, qui de la commissure gauche se portait un peu en haut, en dehors et en arrière. Elle circonscrivait le bord supérieur de la dégénérescence et présentait une longueur d'environ six centimètres. De son extrémité, on fit partir une seconde incision elliptique, qui vint s'arrêter à la partie moyenne du menton. A droite, on cerna la tumeur par une incision également elliptique qui partait de la commissure et qui s'arrêtait après un trajet d'environ trois centimètres. De ce point partait une quatrième incision, qui venait à la surface du menton rejoindre l'incision gauche inférieure. Toutes les parties cernées entre ces différentes lignes furent enlevées jusqu'au maxillaire. On disséqua la peau du menton ainsi que celle de la région sous-hyoïdienne, et l'on fit de la sorte une vaste mentonnière que l'on ramena au devant de l'arcade dentaire et que l'on fixa aux surfaces saignantes qui s'étendaient de chaque côté des commissures. Les parties comprises entre ces points extrêmes étaient destinées à former la nouvelle lèvre.

Tel est le procédé de Roux de St.-Maximin ; circonscrire exactement le mal par des incisions courbes, l'enlever dans toute sa profondeur, former une vaste mentonnière avec les parties saines voisines, la faire parvenir au-dessus de l'arcade dentaire et la fixer dans sa nouvelle position.

Morgan a proposé une légère modification. Du milieu de la courbe destinée à former la nouvelle lèvre, il fait partir une incision qui, suffisamment prolongée, tomberait à angle droit sur la partie moyenne de l'os hyoïde. De cette manière, la dissection des lambeaux est facilitée, et les liquides qui pourraient s'amasser entre les deux surfaces en contact, s'écoulent plus aisément.

Ces divers procédés sont tous basés sur le même principe : mobiliser les parties saines, et remplacer par elles les parties malades. Si nous les passons encore une fois en revue, nous remarquerons que le pro-

cédé de Horn s'applique admirablement bien, toutes les fois que l'altération est circonscrite. En effet, la lèvre inférieure, par ce procédé, conserve à peu près toute son étendue ; sa mobilité peut être encore considérable, vu que les muscles n'ont eu à souffrir que dans un espace fort limité. La hauteur de la lèvre est intacte, son épaisseur n'a pas changé ; son bord libre est tapissé par la muqueuse, comme à l'état normal. Une simple cicatrice linéaire distingue à peine la lèvre opérée d'une lèvre qui fut toujours saine ; aussi lorsqu'on le pourra, on devra, sans hésitation, appliquer le procédé de Horn. Les procédés de Chopart et de Roux sont loin de présenter les mêmes avantages. La lèvre est plus ou moins modifiée dans sa forme générale ; elle est immobile, collée contre l'arcade dentaire. Ce n'est plus un organe, c'est tout simplement une espèce de voile qui cache les dents d'une façon plus ou moins imparfaite, et qui retient plus ou moins bien la salive dans la cavité buccale. La mastication et la parole sont plus ou moins gênées ; la hauteur de la lèvre est diminuée, à moins que l'on n'ait eu soin de donner au lambeau une grande étendue dans le sens vertical. Le bord libre, privé de muqueuse, présente un aspect désagréable, et tend à se recoquiller. Cependant, malgré tous ces inconvénients, l'opération est dans bien des cas éminemment utile, puisqu'elle fait disparaître un mal qui tend sans cesse à s'aggraver, et qui, abandonné à lui-même, aurait nécessairement une issue funeste. Lorsqu'on se sera donc décidé à opérer, il nous semble qu'on devra appliquer le procédé Chopart dans les cas de perte de substance de peu d'étendue, et qu'on devra réserver celui de Roux pour les circonstances les plus graves.

Serres, de Montpellier, a apporté une modification aux méthodes précédentes ; il veut que l'on dissèque la muqueuse et qu'on l'applique sur cette partie du lambeau destinée à former le bord libre de la lèvre inférieure. Le nouvel organe ainsi bordé se rapprocherait davantage des conditions normales ; sa surface serait plus égale, sa couleur plus naturelle ; il serait maintenu par la muqueuse et trouverait en elle un soutien. Le recoquillement serait évité, et la guérison avancée, vu

qu'on n'aurait plus de suppuration. Il est donc évident que cette modification serait avantageuse, mais la chose est rarement praticable, parce que la muqueuse est altérée dans la plupart des cas.

Le procédé de Viguerie se rapproche beaucoup du précédent; supposé que le bord libre de la lèvre ait été épargné dans une épaisseur plus ou moins considérable, il veut que ce bord soit conservé et qu'on le réunisse à la surface saignante du lambeau. Ceci est évidemment rationnel et très-avantageux; mais nous ferons la même remarque que dans le cas précédent; il est bien rare de trouver l'occasion d'appliquer une pareille modification.

Quoi qu'il en soit, elles sont l'une et l'autre excellentes; mais celle de Viguerie est très-bornée dans ses applications; celle de Serres a plus d'étendue et même dans quelques cas présente le précieux avantage de constituer à elle seule toute une condition de succès. On sait, en effet, qu'il est un vice de conformation de la bouche désigné sous le nom d'atrésie buccale, dans lequel l'ouverture de cette cavité est assez rétrécie, pour rendre la parole embarrassée, la mastication difficile et l'expression de la physionomie désagréable. Pour corriger cette difformité, on a employé, tour à tour, et les moyens mécaniques, et les incisions sur le prolongement du bord libre des lèvres, et les fils de plomb passés dans un trou pratiqué à l'endroit même où devrait se trouver la commissure; mais toutes ces manœuvres ont échoué, et loin de corriger le mal, on l'a souvent aggravé. Il s'agissait, après avoir débridé largement dans le sens latéral l'ouverture rétrécie, de s'opposer à la cicatrisation de la plaie. On sait que les muqueuses enflammées sécrètent très-facilement des concrétions pseudo-membraneuses, des matières purulentes en quantité plus ou moins considérable; contrairement aux surfaces séreuses, il est infiniment rare de les voir contracter des adhérences entre elles, et bien qu'en ait dit Hunter, la chose est aujourd'hui parfaitement établie. Partant donc de ce fait de pathologie admis par tous, Serres se décida à recouvrir les bords saignants de la plaie à l'aide de la muqueuse buccale. Il réussit

au-delà de toute espérance, et la bouche revint à sa largeur naturelle. D'autres avaient eu certainement cette pensée avant lui, mais l'on sait que de la conception d'une idée à son exécution, il y a parfois encore loin. Divers procédés ont été proposés pour remédier à la difformité qui nous occupe ; mais tous sont basés sur ce principe dont Serres a le premier fait l'application.

Dieffenbach pratiquait sur le prolongement des commissures une incision horizontale de près de trois centimètres de long ; au-dessus et au-dessous, il en pratiquait deux autres parallèles à la première. Aucune d'elles n'arrivait jusqu'à la muqueuse ; une courbe plus ou moins étendue les reliait en dehors. Les parties comprises entre ces lignes étaient disséquées et enlevées. Cela fait, on ordonnait au malade d'écarter fortement les mâchoires. Les joues ainsi tendues, on incisait la muqueuse à sa partie moyenne, de la commissure vers les joues, de manière à obtenir deux lambeaux, que l'on renversait en dehors et de chaque côté, pour recouvrir les surfaces saignantes. L'angle de la plaie était tapissé par le lambeau postérieur. On appliquait des points de suture qui maintenaient la muqueuse dans sa nouvelle position, et l'opération était terminée.

M. Jobert (de Lamballe) incise les tissus sur le prolongement des commissures; par ce débridement, il obtient deux plaies transversales superposées l'une à l'autre, réunies à angle aigu du côté des joues. Le bord interne est tapissé par la muqueuse, l'externe par la peau. Sur ce dernier bord, il détruit les tissus sur une largeur plus ou moins considérable, augmente ainsi l'étendue des surfaces saignantes et rabat la muqueuse de dedans en dehors. Cette membrane est ensuite fixée dans sa nouvelle position par des points de suture. Au bout de peu de temps, elle adhère fortement aux tissus sous-jacents et l'atrésie disparaît.

Ces deux procédés conduisent l'un et l'autre à un excellent résultat. Le second toutefois nous paraît préférable. Il est, en effet, plus simple et d'une exécution plus facile. On a moins à craindre de voir la mu-

queuse frappée de gangrène, car elle est dénudée sur une étendue moins considérable et partant privée d'un nombre moindre de vaisseaux.

Nous terminerons par une observation très-remarquable d'opération chéiloplastique, exécutée par M. le professeur Michel, dans des circonstances très-difficiles et couronnée du plus heureux succès.

Le 15 octobre 1858, on amena à ce professeur une jeune fille de douze ans, qui à l'âge de quatre ans avait été atteinte d'une gangrène spontanée de la bouche, qui lui détruisit en quelques jours non-seulement la totalité des deux lèvres, mais même une partie de la surface osseuse de la partie moyenne du maxillaire inférieur. Au moment de l'examen, la bouche est remplacée par une ouverture irrégulière formée de tissu inodulaire cicatriciel, fortement adhérent au maxillaire inférieur, surtout au niveau des petites dents molaires. Les dents incisives et canines, irrégulièrement plantées, sont à découvert et forment une des difformités les plus repoussantes. La salive s'écoule en dehors; l'enfant peut à peine écarter suffisamment les mâchoires pour y introduire une petite cuillère à bouche. La mastication n'est pas possible; aussi, pour s'alimenter, l'enfant est obligé de s'introduire pendant toute la journée de la bouillie ou de la panade avec les doigts, et encore la plus grande partie de ces aliments s'écoulent au dehors. Il en résulte que cette petite fille a une difformité si hideuse qu'elle est non-seulement un objet de dégoût pour ceux qui l'entourent, mais même de terreur pour ses petites camarades.

M. le professeur Michel résolut donc de reconstituer la lèvre inférieure, afin de l'opposer à l'écoulement de la salive et des aliments et de détruire la coarctation buccale pour rendre la mastication possible. Cette double opération fut faite en deux temps, à une année de distance. Dans la première opération, M. Michel n'eut en vue que de replacer sur la face antérieure du maxillaire inférieur les téguments absents, et dans la seconde, il reconstitua les bords libres de la lèvre et l'ouverture buccale.

Première opération faite le 15 octobre 1858.

Après avoir chloroformé la petite fille, M. Michel pratiqua deux incisions verticales parallèles, partant des extrémités droite et gauche de l'ouverture buccale et se dirigeant du côté du cou dans une longueur de trois centimètres. Deux incisions semblables aux premières furent pratiquées à deux centimètres en dehors de celles-ci, et chacune d'elles fut rejointe deux à deux par une incision horizontale, menée à leur extrémité inférieure. Il en résulta deux lambeaux latéraux que l'on disséqua aussi épais que possible jusqu'à leur base située près de la bouche. Ces deux lambeaux disséqués furent ramenés sur la ligne médiane, recouvrant ainsi la portion du maxillaire inférieur dénudée. Trois points de suture les fixèrent en cet endroit, et il suffit d'aviver légèrement le tissu cicatriciel, situé à la hauteur du menton, pour les faire adhérer par leur bord inférieur. On profita de la circonstance pour débrider un peu l'ouverture buccale pendant la dissection du lambeau sur le maxillaire inférieur. Au bout de trente-cinq jours les plaies furent guéries et les lambeaux fixés sur le point indiqué. Par cette première opération on avait obtenu sur la ligne médiane une certaine épaisseur des parties molles, que l'on mettrait à profit pour écarter la lèvre inférieure de la surface de l'os et réparer la rigole qui existe normalement entre l'os et la lèvre, ce qui est si indispensable pour empêcher l'écoulement de la salive et des aliments.

Malgré ce premier succès obtenu, M. Michel, ne croyant pas prudent de tenter de suite une nouvelle opération, attendit jusqu'au mois de décembre 1859.

Ici l'opérateur avait pour but : 1° de reformer la lèvre inférieure avec un bord libre et non adhérent au maxillaire; 2° de détruire l'atrésie buccale.

Voici comment M. Michel a atteint ce but. Après avoir chloroformé la malade, dans un premier temps opératoire, il détacha de nouveau les deux lambeaux, en conversant entre eux sur la ligne médiane, une étendue transversale de parties molles de un centimètre et demi,

et les réunit de nouveau avec trois points de suture métallique, après les avoir passés sur la partie médiane conservée, et les avoir élevés au-dessus du bord libre des dents de la mâchoire inférieure.

Dans un deuxième temps opératoire, il fendit suivant une ligne horizontale les deux extrémités de l'orifice buccal ; profitant de cette ouverture, il disséqua dans toute la longueur qu'il put, un grand lambeau de muqueuse, qu'il ramena vers les lambeaux et qu'il fixa sur les bords saignants de ces derniers à l'aide d'une suture en surget, ainsi qu'aux angles de la nouvelle bouche.

Sans entrer dans les détails des suites de cette opération, disons qu'au bout de quinze jours tout était cicatrisé, et que le résultat fut tel que M. Michel l'avait conçu avant l'opération.

Aujourd'hui la jeune fille ouvre très-bien la bouche et se nourrit parfaitement; la mastication est facile; la salive et les aliments ne s'écoulent plus au dehors; ces résultats ont été vérifiés une année après l'opération. Cependant, bien que les lèvres soient séparées dans toute leur étendue du maxillaire inférieur, il reste un petit point sur la ligne médiane où la cicatrice s'est sensiblement abaissée, ce qui laisse voir les dents incisives. M. Michel pense, par un nouveau point de suture, corriger ce faible défaut, et en même temps reconstituer la lèvre supérieure, ce qui fera le sujet d'une troisième opération. On voit ici une nouvelle application de la méthode autoplastique par superposition des lambeaux, que M. Michel décrit dans ses cours, sous le nom de méthode américaine, nom tiré du lieu de la naissance de son auteur.

On sait qu'il existe de grandes analogies soit sous le rapport anatomique, soit sous le rapport physiologique, entre la peau et les membranes muqueuses. L'une et l'autre présentent une étendue à peu près égale; dans la peau on distingue deux couches, l'épiderme et le derme; dans les muqueuses on trouve l'épithélium et le chorion muqueux. L'épiderme se sépare facilement en deux lames superposées ; l'épithélium est facilement décomposé en lame superficielle et lame profonde.

Il entre dans la composition du derme des fibres élastiques et des fibres de tissu cellulaire ; mêmes éléments se rencontrent dans le chorion muqueux, plus des fibres fusiformes. Nous ne dirons rien des glandes en tube, des glandes en grappe qui parsèment également les deux membranes ; nous n'en dirons pas davantage des vaisseaux sanguins, des filets nerveux, qui, en très-grand nombre, les parcourent l'une et l'autre. D'après ces nombreux points de ressemblance, on ne sera pas étonné de voir la peau dans de certaines circonstances prendre le caractère des muqueuses et réciproquement. Pour cela, il n'y a qu'à changer l'habitude d'être des deux membranes ; que l'on vienne à soustraire la peau au contact de l'air, comme cela arrive chez les enfants très-gras, au voisinage de certaines articulations, et chez l'adulte, sur le pourtour de certaines tumeurs, et l'on verra la peau perdre peu à peu sa constitution normale. On constatera de la moiteur, une couleur rosée, une diminution de consistance. En un mot, le tégument externe perdra ses caractères et deviendra tégument interne. Les mêmes phénomènes se présenteraient, mais dans un sens inverse, si l'on venait à transporter un lambeau cutané au milieu d'une cavité tapissée par une muqueuse ; le lambeau perdrait ses caractères, pour prendre ceux de la membrane, auprès de laquelle il est venu élire domicile.

Cela étant, ne pourrait-on pas dans l'opération de la chéiloplastie, après avoir remonté suffisamment le lambeau, le replier sur lui-même de dehors en dedans et d'avant en arrière, de telle sorte que son bord saignant descendrait plus ou moins bas au-dessous de l'arcade dentaire et que la partie la plus élevée de la surface externe viendrait constituer la face postérieure de la nouvelle lèvre? Les parties profondes du lambeau ainsi mises en contact, ne tarderaient pas à adhérer entre elles et à former ainsi un tout ferme et solide. Dans bien des cas, lorsqu'on aurait, par exemple, conservé assez de parties molles à la surface du maxillaire inférieur, on pourrait voir le bord libre du lambeau contracter des adhérences au-dessous de l'arcade dentaire et

fixer ainsi d'une manière plus parfaite les parties remontées. On aurait moins à craindre la gangrène de la nouvelle lèvre, car les deux feuillets qui la constitueraient seraient désormais solidaires l'un de l'autre et se prêteraient de la vie. Le recoquillement serait évité, et l'on aurait, pour remplacer le bord libre de la lèvre naturelle, une surface épaisse et arrondie qui plus tard pourrait présenter ce liseré rose que l'on remarque à l'état normal. Les commissures seraient mieux marquées et le nouvel organe, loin d'être, comme dans la plupart des cas, un mince voile sur lequel les dents viennent marquer leur saillie, formerait une masse épaisse et charnue qui simulerait mieux la lèvre ancienne que l'on a enlevée.

Jusqu'à présent, il a été uniquement question de la méthode française, mais la méthode indienne peut être également employée avec succès dans la restauration des lèvres. On sait que cette méthode consiste à former le lambeau aux dépens des parties voisines et à le renverser par tortion sur les parties à refaire ou à réparer. On distingue dans tout lambeau deux parties, à savoir : le corps et le pédicule ou racine. Tous les tissus ne sauraient entrer indifféremment dans sa composition. Le lambeau ne vivant plus, en effet, que par sa racine, si la richesse vasculaire est déjà restreinte, il court parfois grand risque de mourir faute de sang. Le tissu graisseux, le tissu cellulaire, qui n'ont point de vaisseaux à eux, sont donc complétement impropres. La peau, au contraire, se trouve placée dans des conditions très-favorables, et surtout cette partie de la peau qui recouvre le crâne, ainsi que celle qui recouvre la face. On sait, en effet, que ces parties répondent à des troncs artériels plus ou moins volumineux; de cette particularité anatomique il résulte qu'elles ont une vitalité bien supérieure à celle des téguments du reste du corps. Des diverses parties de la face, ce sont les lèvres qui paraissent être le mieux dotées en vaisseaux artériels, et partant présenter le maximum de vitalité. Car il est établi que les parties qui se rapprochent le plus de la ligne médiane, c'est-à-dire d'une ligne qui partagerait le corps en

deux moitiés symétriques, sont les points de la peau les plus riches en vaisseaux. De plus, on peut assurer que ces vaisseaux ont un volume relativement considérable, puisque ce volume est en raison inverse de l'épaisseur des couches musculaires à traverser, et que la face est remarquable par le peu de développement de ses muscles.

Si la plupart des médecins préoccupés, avec juste raison, de la vitalité du lambeau, ont fait tout ce qui dépendait d'eux pour lui fournir une quantité suffisante de sang, et régler avec autant d'harmonie que possible l'arrivée et le départ du liquide nourricier, il en est quelques autres qui ont proclamé des principes contraires et qui les ont mis en pratique. C'est ainsi que Dieffenbach conseillait de couper et coupait lui-même les artères de quelque importance qui traversaient le pédicule. Cette façon d'agir si extraordinaire s'explique facilement; nous avons déjà dit, en effet, que les éléments du lambeau étaient pris au milieu des tissus les plus vasculaires. Cette condition les prédispose aux congestions et aux inflammations. Dieffenbach s'était sans doute exagéré le danger de ces accidents, et la peur d'un mal l'avait fait tomber dans un pire. Pour éviter l'inflammation des tissus, il les exposait à une gangrène imminente. Aujourd'hui on ménage le pédicule autant que possible; on lui donne une profondeur considérable; on l'établit sur une couche épaisse de tissu cellulaire; on conserve autant que faire se peut les vaisseaux qui le traversent; on assure de son mieux sa vitalité, considérant comme chose certaine, qu'il est pour le lambeau une source de vie. La forme du lambeau varie avec l'état de l'organe à réparer ; aussi est-il impossible de rien préciser à cet égard. Quant à son étendue, elle devra être différente, selon que l'on pourra compter sur une réunion immédiate, ou bien que l'on pourra seulement espérer une réunion secondaire. Dans le premier cas, la largeur sera déterminée par le vide qu'aura laissé la perte de substance. Dans le second, cette largeur devra être plus considérable, vu le retrait que subissent toujours les tissus qui suppurent. La base du pédicule devra être placée du côté opposé au bord libre des ouvertures que l'on se propose de

reconstituer. On sait, en effet, qu'il a coutume de se rétracter du sommet vers la base, et qu'il est infiniment préférable de voir les ouvertures naturelles de la face rétrécies qu'écartées. Après avoir rapporté une cure très-remarquable d'un bec-de-lièvre chez une fille de vingt ans, guérie par une modification fort ingénieuse, M. Sédillot écrivait : « Nous nous étions conformés en cette circonstance à un principe général dont nous avons depuis longtemps démontré l'importance, et qui consiste à toujours placer l'origine ou le point de départ des lambeaux anaplastiques du côté opposé au bord libre des organes que l'on se propose de reconstituer. C'est une règle invariable pour les paupières et les lèvres, et nous y avons confirmé nos procédés. »

Peu de temps après que le lambeau a été mis dans la nouvelle position, une lymphe plastique coagulable est versée entre les bords de la plaie, qu'elle soit sécrétée par le tissu cellulaire, comme le veulent quelques-uns, ou bien qu'elle soit un produit du sang, comme le prétendent quelques autres, peu importe ; toujours est-il que cette lymphe s'organise, qu'elle se laisse pénétrer par des vaisseaux nombreux, et qu'elle établit une union plus ou moins parfaite entre le lambeau et les anciens tissus. Lorsque la réunion ne s'opère que par seconde intention, c'est entre les bourgeons charnus, développés à la surface des plaies, que se font les adhérences, que s'établissent les cicatrices. C'est par les vaisseaux développés au milieu de la lymphe plastique que se rétablit la circulation entre le lambeau et les tissus environnants. Cette circulation une fois retablie, la vie des tissus transportés est à peu près assurée, et l'on peut opérer la section du pédicule.

La peau qui constitue le lambeau, bien qu'ayant été déplacée, a conservé l'intégrité de ses fonctions normales; la sueur continue à être sécrétée; le liquide gras, onctueux, qui la lubrifie, se produit comme d'habitude à sa surface. Les poils se développent comme à l'ordinaire, et parfois même subissent une espèce d'hypertrophie, qui s'explique parfaitement par la quantité plus considérable de sang qui abreuve leurs bulbes. Après la section du pédicule, la couleur du

lambeau vient à changer; sa température s'abaisse. Des phénomènes contraires peuvent cependant se produire; quoi qu'il en soit, ces faits s'expliquent aisément; dans le premier cas, on doit invoquer la section du pédicule, le petit nombre de vaisseaux développés au milieu de la lymphe plastique; dans le second, c'est le défaut d'harmonie, le défaut de proportion entre la quantité de liquide qui entre par les artères et celle qui est rapportée par les veines. Si, au niveau de la cicatrice, la circulation sanguine se rétablit entre les tissus anciens et les tissus déplacés, il n'en est pas de même de la circulation nerveuse. Entre les filets nerveux du lambeau et les nerfs adjacents, toute continuité est à jamais abolie. Le lambeau toutefois est sensible à l'égal des autres parties; dans les premiers temps, il est vrai, on remarque une perversion de sensibilité étrange. Les malades rapportent les sensations à la place ancienne qu'occupait le lambeau. Toutefois ce phénomène ne tarde pas à disparaître, et il jouit alors d'une sensibilité entière et parfaite. L'explication de ce fait est difficile et nous paraît même impossible dans l'état actuel de la science. Le lambeau faisant désormais partie intégrante du milieu dans lequel il a été transplanté, est en butte aux diverses affections qui attaquent ces parties; il peut devenir le siége de divers produits accidentels, on peut le voir se congestionner, s'enflammer. Mais il est un vice de nutrition que l'on est exposé à rencontrer souvent, c'est l'hypertrophie. Lorsque ce cas se présente, M. Jobert (de Lamballe) pratique l'ébarbement du lambeau, c'est-à-dire, qu'à l'aide d'un bistouri bien affilé, il enlève à la surface une couche plus ou moins épaisse de tissus. La suppuration survient, et le retrait, suite de la cicatrice, ramène à leur volume normal les parties hypertrophiées.

Ces notions préliminaires sur le lambeau étant indiquées, voici comment procède M. Sédillot : Supposé que la lèvre inférieure ait été complétement détruite, de chaque commissure, on abaisse une perpendiculaire qui descend plus ou moins bas selon l'étendue de l'altération. On mène au-dessous du mal une parallèle au bord libre des lèvres et

l'on enlève toutes les parties comprises dans le quadrilatère. Cela fait, on pratique sur les joues et de chaque côté, des incisions parallèles aux perpendiculaires, qui descendent des commissures. De cette manière, on obtient deux lambeaux rectangulaires, qui, ramenés de bas en haut et du dehors en dedans, viennent par leur bord inférieur, se mettre en contact sur la ligne médiane du maxillaire. De cette façon, l'on fait disparaître le vide laissé par la dégénérescence. Quant à la perte de substance, occasionnée par le départ du lambeau, elle est comblée par la peau des joues, que l'on mobilise et que l'on met en rapport avec celle qui revêt le menton. Quant au bord libre de la lèvre, il est tapissé par la muqueuse buccale, vu qu'elle a été conservée avec grand soin lorsqu'on a taillé le lambeau.

Dans le cas que nous avons supposé, il est évident que les procédés de Chopart et de Roux auraient pu être appliqués et donner un résultat plus ou moins satisfaisant. Mais le procédé que nous venons de citer nous paraît préférable. Il permet, en effet, de donner à la lèvre une grande épaisseur ; la nature du lambeau se rapproche davantage de celle des parties que l'on remplace. Le recoquillement est évité ; le bord libre de la lèvre présente une surface plane et unie recouverte par la muqueuse, et l'on n'a plus de cette manière, cette cicatrice plus ou moins rabotteuse dont la couleur blanchâtre et la consistance fibreuse contrastent d'une façon si désagréable avec la mollesse et la couleur rosée de la lèvre supérieure. De plus, le nouvel organe n'a pas de tendance à se déplacer. Il ne descendra pas, puisqu'il a été taillé dans les parties latérales de la face; on préviendra aisément le retrait dans le sens latéral, en donnant au lambeau une largeur suffisante, et, quant à son déplacement dans le sens vertical, supposé qu'il vînt à se produire, le mal ne serait pas déjà si grand, puisqu'il vaut mieux que les bords des ouvertures naturelles soient rapprochés qu'écartés.

Si, comme on vient de le voir, la méthode française et la méthode indienne peuvent, séparées, être employées avec avantage dans la

restauration des lèvres, c'est surtout à la combinaison de ces deux méthodes, secondées par l'esprit ingénieux de chaque opérateur, que sont dus les plus brillants succès de chéilosplatie.

Nous lisons, en effet, dans la *Gazette médicale de Paris :* H. S..., âgé de 65 ans, fut reçu à la clinique le 30 novembre 1855. Les trois quarts gauches de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, qui datait seulement de six mois. La muqueuse buccale siégeant en dedans de la commissure gauche, était altérée et formait un bourrelet dur et épais. Les procédés ordinaires de chéiloplastie offraient peu de chances de réussite, et voici l'opération que je pratiquai le 18 décembre 1855. Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V, continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement au niveau des commissures, par une incision plus prolongée à gauche que du côté droit. Le bord libre de la lèvre supérieure qui était très-large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de quinze à vingt millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure resté intact. Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moitiés de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entre-coupée assujettirent la membrane muqueuse.

Le 29 du même mois, onzième jour de l'opération, le malade fut photographié, et il quitta la clinique le 14 janvier, complétement guéri. Les plis de cicatrice encore un peu saillants vers les commissures disparaîtront. Mais déjà, tel qu'il a été représenté, le malade offrait une lèvre régulière d'une hauteur suffisante, ayant un rebord libre mu-

queux, lisse et arrondi. Les dents étaient bien cachées et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler involontairement. Les commissures étaient bien marquées, et l'ouverture buccale également rétrécie supérieurement et inférieurement, sans qu'il en résultât aucun obstacle pour l'introduction des aliments et l'émission de la voix.

Une importante recommandation est de diviser le bord libre de la lèvre saine à plusieurs millimètres au delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion du tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

C'est M. Sédillot que l'on vient d'entendre.

Voici encore un autre brillant succès dû à la combinaison des deux méthodes et rapporté par M. Lunt, élève de M. Stein.

M. Stein avait affaire à une dégénérescence de la lèvre inférieure, qui occupait aussi la partie supérieure du menton. Les parties de la lèvre voisine des commissures, étaient seules à l'état normal et présentaient peu d'étendue. M. Stein circonscrivit l'altération par deux incisions en V, qui venaient se réunir à la partie inférieure et moyenne du menton. Les parties malades furent enlevées et l'on eut une plaie triangulaire dont la base correspondait au bord libre des lèvres. On diminua son étendue par trois points de suture entortillée, en commençant par l'angle inférieur, et l'on appliqua ainsi le procédé de Horn dans ce qu'il avait d'applicable. Cela fait, il restait encore une perte de substance triangulaire, mais sa hauteur était diminuée. Alors on sépara la lèvre des gencives par la division du frein et un peu de dissection. Un lambeau triangulaire fut formé, en enfonçant un bistouri droit dans cette lèvre, un peu au-dessus de son bord libre, de façon à épargner l'artère coronaire et en conduisant l'incision vers la cloison des narines. Du côté opposé, on pratiqua une incision semblable, et l'on obtint de la sorte un lambeau triangulaire dont le sommet correspondait à la cloison du nez et la base au bord libre des lèvres. On divisa ce triangle isocèle en deux parties égales, et l'on obtint ainsi deux petits lambeaux par-

faitement semblables. Leur vie était assurée, puisqu'ils faisaient encore partie de la lèvre supérieure et qu'ils recevaient l'artère coronaire. Chacun d'eux fut abattu et retourné, de manière à combler le vide de la lèvre inférieure. Leurs angles supérieurs furent fixés à l'angle rentrant de la perte de substance, à l'aide d'une aiguille, et leurs bords à ses lèvres, à l'aide de quatre points de suture. Il faut remarquer que le bord de chaque lambeau d'interne était devenu externe par suite du renversement. On avait donc ainsi trois bouches, deux horizontales, et une troisième verticale perpendiculaire aux deux autres. Cet état de choses fut maintenu pendant vingt jours. Ce temps passé, on coupa de chaque côté les pédicules qui reliaient la lèvre inférieure à la supérieure. On aviva les côtés du triangle supérieur, ainsi que ceux du triangle inférieur; on les mit en contact et l'on appliqua quelques points de suture.

En agissant ainsi, M. Stein eut une lèvre régulière d'une hauteur et d'une épaisseur suffisantes. Son bord libre recouvert de muqueuse, présentait une surface plane et unie. On avait évité toute espèce de tiraillement, et la face ne présentait plus cette difformité, ce défaut d'harmonie qui résulte de l'inégale étendue des deux lèvres. La bouche entière était légèrement rétrécie dans ser divers diamètres, et présentait de la sorte un tout plus gracieux et plus coquet. Ajoutez à cela, que les parties musculeuses avaient été conservées; le nouvel organe était donc susceptible de mouvements, et pouvait ainsi rendre ses services accoutumés, soit dans la phonation, soit dans l'acte de la mastication. De plus, on sait que, d'après certains auteurs, lorsqu'on opère pour une dégénérescence cancéreuse, il y a avantage à transporter des parties saines sur le siége du mal. Ce transport semblerait modifier la vitalité des parties, et éloigner les chances de récidive, si fréquentes dans de telles affections.

Quant à la lèvre supérieure, elle ne présentait rien de particulier après l'opération, sauf une légère diminution d'étendue dans le sens transversal. Car il est une grande différence entre le bec-de-lièvre

traumatique et celui qui est congénital. Lorsqu'on opère sur ce dernier, on est souvent dans la nécessité de corriger la hauteur de la lèvre qui ne recouvre qu'incomplétement l'arcade dentaire. On est souvent forcé de faire disparaître l'encoche qui déforme la lèvre opérée et qui persiste parfois quoique l'on fasse. Dans les cas semblables à celui de M. Stein, l'idée de ces difficultés ne devrait nullement arrêter l'opérateur, puisqu'elles sont complétement chimériques.

Nous avons exposé un certain nombre de procédés pour la restauration des lèvres, et il s'en faut de beaucoup cependant, que tous les cas aient été prévus. C'est qu'en chéiloplastie la conduite du chirurgien n'est pas, comme dans la plupart des autres opérations, réglée d'avance. Il est en effet une multitude de particularités, une infinité de détails qui forcent à modifier le procédé de mille manières et auxquels on ne pense que lorsque les cas se présentent. Aussi nous semble-t-il que le chirurgien doit compter sur les ressources d'un esprit ingénieux aussi bien que sur l'étendue de ses connaissances. Il sera toutefois puissamment aidé par une science approfondie des principes autoplastiques, par une étude réfléchie des diverses modifications employées par les maîtres de l'art dans les circonstances difficiles, par l'intelligence des lois qui régissent les tissus soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie.

Vu par le président de la thèse,
Strasbourg, le 13 décembre 1860.
MICHEL.

Permis d'imprimer,
Strasbourg, le 13 décembre 1860.
Le recteur, DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DU 22 MARS 1842.

1° *Anatomie.* — Quelles sont les conditions organiques d'une articulation à mouvements libres?

2° *Anatomie pathologique.* — Du développement accidentel de tissus nouveaux analogues aux tissus primitifs.

3° *Physiologie.* — Mouvements propres des canaux déférents et des conduits spermatiques.

4° *Physique médicale.* — De l'électricité atmosphérique; des orages et de la foudre. Effets divers produits sur les animaux par les atmosphères orageuses et par la foudre.

5° *Médecine légale.* — Quels sont les vices de conformation des organes de la circulation et de la respiration qui excluent la viabilité?

6° *Accouchements.* — Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la position occipito-postérieure droite?

7° *Histoire naturelle médicale.* — Comparer physiologiquement la gomme arabique et la gomme adragante.

8° *Chimie et toxicologie.* — Des divers agents anesthésiques.

9° *Pathologie et clinique externes.* — Qu'entend-on par kyste, dans le sens le plus général de ce mot, et quelles sont les affections particulières auxquelles on donne le nom de kystes?

10° *Pathologie et clinique internes.* — De la nature et des causes des gaz intestinaux.

11° *Médecine opératoire.* — De l'opération de la hernie étranglée en général.

12° *Matière médicale et pharmacie.* — Quelle différence existe-t-il entre l'action du bois de quassia amara et celle de la racine de gentiane?